Suite aux

TITRES & TRAVAUX

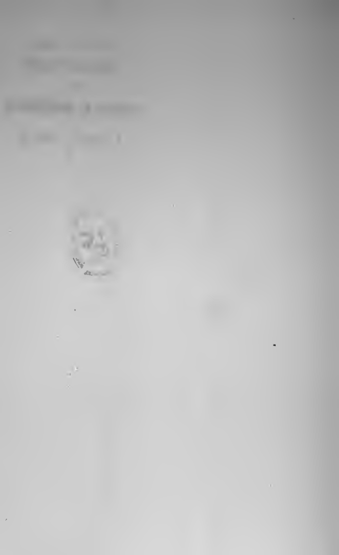
du

Docteur A. FRUHINSHOLZ

----

* 1904 - 1919 *

×



TITRES UNIVERSITAIRES.

Agrégé d'accouchements - 1° nov. 1904

Professeur suppléant à l'Ecole Départementale des Sages-Femmes de M. & M. - 1905

Chargé des Travaux pratiques de consultation - 1912 -

Assistant de la Clinique obstétricale - 1912.

Prolongé comme agrégé en exercice pour 3 ans 1° nov. 1913

Chargé du Cours d'accouchements - janvier 1914





TITRES HONORIFIQUES

Officier d'académie - juillet 1907

Officier de l'Instruction Publique -
juillet 1912

Chevalier de la Légion d'Honneur
(au titre militaire) 28 déc. 1919

SOCIETES SAVANTES

Membre titulaire de la Société Obstétricale de France - 1904

Membre correspondant de la Société d'Obstétrique, de Gynécologie & de Pédiatrie de Paris, - 1906.

Secrétaire Général de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Nancy - 1912.

ENSEIGNEMENT

Conférences et Travaux de médecine opératoire obstétricale à la Faculté - 1905-1919 -

Conférences d'exploration obstétricale à la Clinique Obstétricale - 1905-1919 -

Cours d'accouchements à la Faculté - 1913-1919

Conférences aux élèves sages-femmes.

Suppléances à la Clinique obstétricale en l'absence du titulaire (Concours d'agrégation de 1910 et de 1913), (vacances 1905-1914).

Conférences de Puériculture à l'Ecole Normale d'Institutrices de M. & M. (Hiver 1912 et hiver 1913)

*****

SERVICES MILITAIRES durant la GUERRE

Mobilisé comme Médecin Aide-Major, puis Médecin-Major de territoriale du 31 juillet 1914 au 20 janvier 1919

I. TRAVAUX DIDACTIQUES

A) PRATIQUE MEDICO.CHIRURGICALE - publiée sous la direction des Professeurs BRISSAUD, PINARD, RECLUS (Masson & C°, éditeurs)

Dans l'édition de 1906:

Articles:

- Dystocie foetale
- Procidences du Cordon
- Procidences des membres
- Syphilis et Parturition
- Avortement
- Putréfaction foetale

B) NOUVELLE PRATIQUE MEDICO-CHIRURGICALE
Edition de 1911 (Paris - Masson)

- Révision et extension de l'article Avortement
- Art: Rétroversion de l'utérus gravide

C) SUPPLEMENT A LA PRATIQUE MEDICO-CHIRURGICALE
1912 - (Paris - Masson)

Articles:

- Salvarsan et Grossesse
- Salvarsan et Nouveau-né

II. PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE OBSTÉTRICALE

A) CONSIDÉRATIONS SUR LA PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE DE L'AVORTEMENT DÉDUCTIONS PRATIQUES

(Revue Médicale de l'Est. 15 Fév.19[illegible])

J'insiste dans cet article sur les raisons anatomiques et physiologiques qui font que la délivrance dans les cas d'avortement est essentiellement différente de ce qu'elle est dans les cas d'accouchement à terme. L'épaisseur de la caduque, sa vitalité, la faiblesse relative de la rétraction utérine, sont les raisons principales pour lesquelles la délivrance est physiologiquement retardée après un avortement Ce retardement normal doit être respecté par celà même. L'horaire de l'avortement est un horaire différent de celui de l'accouchement à terme. Je précise cet horaire: alors que la patience à dépenser devant une délivrance à terme peut se chiffrer approximativement par 2 heures, c'est par 24 heures qu'elle doit se chiffrer devant une délivrance d'avortement.

B) LA DISSOCIATION DES MEMBRANES OVULAIRES FOETALES

Revue Pratique d'Obstétrique et de Pédiatrie. Paris - Steinheil, Sept. 1911 - 3 figures
Revue Médicale de l'Est - 1° nov. 1911

Cette dissociation, qui est de rencontre banale, n'est généralement pas interprétée. J'en analyse le mécanisme et je constate qu'il ressortit à 5 causes essentielles qui sont:

1°. La persistance d'une poche des eaux intacte après la dilatation complète.

2°. L'insertion vicieuse du placenta dont elle est une des modalités au même titre que la rupture prématurée des membranes et l'hémorragie par décollement placentaire.

3° ....



3°. L'adhérence anormale et persistante au cours du travail entre le chorion et la caduque
4°. La rupture d'une poche amnio-choriale
5°. L'existence d'une insertion vélamenteuse du cordon ou d'un " méso " amniotique.

Je montre comment cette dissociation des membranes peut et doit être considérée d'un point de vue général comme un mécanisme de suppléance et de sûreté, qui a les avantages de la rupture totale des membranes dans certains cas sans en avoir les inconvénients. Un inconvénient néanmoins doit être retenu à la charge de la dissociation des membranes ovulaires: c'est le risque plus grand d'une rétention choriale au moment de la délivrance.



III. PATHOLOGIE OBSTÉTRICALE

A) Pathologie de l'Oeuf

1°) DES LÉSIONS SUPPURATIVES DÉVELOPPÉES ENTRE LES MEMBRANES DE L'OEUF

Comm. Soc. Obst. de Gyn. et Pédiatrie de Paris - 8 juillet 1907
Comm. Soc. Méd. Nancy - 10 juil. 1907
Annales de Gynécologie - Octobre 1907

Je relate une observation d'avortement à la suite duquel on a constaté, dans l'épaisseur des membranes, entre caduque et chorion, l'existence d'une nappe purulente franche paraissant renfermer du pneumocoque. Cette sorte d'endométrite purulente déciduale semble avoir été la cause directe de l'avortement. Par contre son étiologie et sa pathogénie demeurent obscures. Des recherches bibliographiques résulte qu'au total le nombre des observations analogues publiées dans la littérature obstétricale est de 3 seulement.

2°) a- RÉTENTION PROLONGÉE D'UN OEUF ABORTIF HÉMATOME - MÔLE

Soc. de Méd. de Nancy. 9 nov. 1910
Présentation de pièce.

b- 3 OBSERVATIONS D'HÉMATOMES - MÔLES

Publiées in Thèse ADAM. Nancy 1913.

Ces observations ont été le point de départ de la thèse du Dr. ADAM (Nancy 1913) où celui.ci démontre que: " L'hématome-môle est une môle charnue développée aux dépens d'un oeuf abortif hydramniotique "

3°) UN CAS DE TUMEUR BÉNIGNE DU PLACENTA

Comm. à la Soc. d'Obstétr. et de Gynécologie de Nancy, 14 mars 1913 (en collaboration avec le Pr. HOCHE) 2 figures

C'est la.......



C'est la mention d'un cas rare de tumeur bénigne du placenta, venant s'ajouter à ceux préalablement publiés par BRINDEAU, NATTAN-LARRIER, FUNCK BRENTANO, PLANCHU, etc... Cette tumeur s'était révélée cliniquement par de l'hydramnios. Anatomiquement elle peut être considérée comme un angio-fibro-myxome; elle s'apparente à la description générale des tumeurs placentaires donnée par BRIQUEL dans sa thèse.

5) Pathologie de la Gestation

1°. Malformations utérines et Gestation

---

a) <u>UTERUS BICORNE ET GROSSESSE</u>

Province Médicale. 31 mars 19[illegible] - (une figure)
Revue Pratique Obst. & Pédiatrie mai 1916.

Je relate un cas clinique type d'utérus bicorne dans ses rapports avec la gestation (accouchement prématuré - présentation vicieuse - incidents et accidents de la délivrance) Je fais une revue générale des conséquences de l'utérus bicorne pour la parturition. Je montre en particulier que certaines tumeurs qu'on a décrites sous le nom de " déciduomes vrais " ne sont en réalité le plus souvent que des caduques provenant d'une corne inhabitée tandis que la corne voisine est, ou a été, occupée par un oeuf.

b) <u>UN CAS DE GROSSESSE NORMALE APRES HEMI - HYSTERECTOMIE POUR HEMATOMETRIE DANS UN UTERUS DOUBLE.</u>

Comm. à la Soc. d'Obstétr. & de Gynéc. de Nancy (en collaboration avec G. GROSS) 21 mai 1913

Il s'agit d'un cas, vraisemblablement unique jusqu'à présent dans la littérature obstétricale, et où une jeune femme, atteinte d'utérus double avec hématométrie unilatérale, fut opérée de celle-ci par une hémi-hystérectomie, conçut secondairement dans l'unique utérus et avec l'unique ovaire qui lui avaient été laissés, mena sa grossesse jusqu'au terme normal et accoucha spontanément d'un enfant de 2.400 grs.

c) Un cas ....

c) UN CAS D'OPERATION CESARIENNE PRATIQUE SUR UN UTERUS DOUBLE - HEMI-HYSTERECTOMIE DE L'UTERUS VIDE
(en collab. avec G. GROSS) 2 figures
Soc. Obst. & Gynéc. de Nancy
(22 janvier 1914)

C'est encore un cas tout à fait exceptionnel d'opération césarienne motivée par un rétrécissement pelvien et au cours de laquelle on constate l'existence, à côté de l'utérus gravide proprement dit, d'un hémi-utérus borgne et vide qu'on avait préalablement perçu par le palper et qu'on avait pris pour un fibrôme du ligament rond. On extirpe l'utérus vide et on laisse en place l'utérus fécond. L'examen anatomique révèle que la muqueuse de l'utérus vide, quoique non reliée directement avec la muqueuse de l'utérus gravide, a néanmoins subi la transformation déciduale.

d) UN CAS D'OPERATION CESARIENNE PRATIQUEE SUR UN HEMI-UTERUS * OPERATION DE PORRO
(en collab. avec le Dr JOB)
Soc. Obstétr. & Gynéc. Nancy.
22 janvier 1914.

C'est à nouveau le résultat d'une sorte de biopsie faite à la faveur d'une opération césarienne, motivée par un rétrécissement du bassin, que mentionne la communication ci-dessus. Cette biopsie révèle l'existence, insoupçonnée jusque là, d'un hémi-utérus muni d'une seule trompe, d'un seul ovaire et d'un seul ligament rond. Cet hémi-utérus s'est surtout manifesté au point de vue obstétrical par son inaptitude à mener une série de gestations à leur terme normal, par l'insuffisance anatomique et fonctionnelle de sa musculature, et par sa configuration particulièrement allongée et comme " amaigrie "



2°.- Déviations utérines et Gestation
---

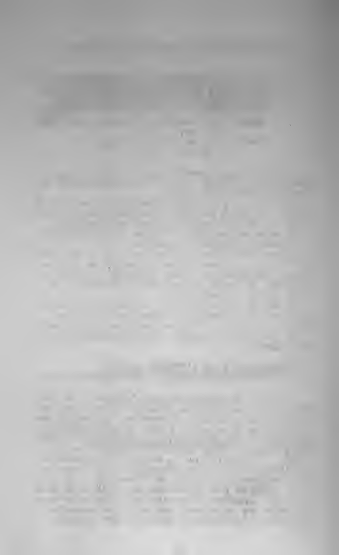
a) INCARCERATION PELVIENNE DE L'UTERUS GRAVIDE RETROFLECHI AVEC ABAISSEMENT DU COL ET EXFOLIATION DE LA MUQUEUSE VESICALE
(En collab. avec le Dr JOB) 1 figure
Comm. Soc. Obstétr. & Gynéc. de Paris
14 nov. 1910
Comm. Soc. de Méd. de Nancy,
14 déc. 1910

Dans le cas particulier un utérus gravide rétrofléchi s'était enclavé en manifestant les particularités suivantes:

- Le col, au lieu d'être remonté très haut et d'être devenu à peu près inaccessible au doigt comme il le fait généralement en pareil cas était abaissé au point d'être devenu visible à travers l'orifice vulvaire.
- L'incarcération de l'utérus que j'ai levée au 9° jour a déterminé le sphacèle de la muqueuse vésicale qui s'est éliminé en bloc, figurant le moule de la cavité vésicale, 14 jours après la réduction.
- Or ce sphacèle qui est généralement considéré par les classiques comme très grave ne s'est accompagné d'aucune manifestation fébrile et la malade a guéri sans présenter d'incident notable.

b) RETROVERSION de l'UTERUS GRAVIDE
in Nouvelle P. M. C. (Paris-Masson 1911)

Alors que lesclassiquesn'étudient la rétroversion de l'utérus gravide qu'en fonction des accidents qu'elle détermine, j'établis une distinction nécessaire entre la Rétroversion-incident et la Rétroversion-accident. La première mérite d'être mieux connue qu'elle ne l'est. J'établis que la correction spontanée de cette variété de rétroversion est beaucoup plus fréquente qu'on ne se l'imagine. Si elle ne se corrige pas spontanément, elle peut être utilement combattue par des procédés extrêmement simples du nombre desquels le pessaire doit être à notre avis généralement exclus.



3° Auto-intoxication gravidique

---

a) DEUX OBSERVATIONS ATYPIQUES DE VOMISSEMENTS INCOERCIBLES DE LA GESTATION.

Comm. Soc. de Méd. de Nancy,
8 décembre 1909
Revue Médicale de l'Est, Février 1910

L'une de ces observations a trait à une femme qui, enceinte et atteinte de vomissements incoercibles, présentait non seulement de l'anélévation du fonds mais encore un état subfébrile continu. Or cet état subfébrile n'avait qu'un rapport de contingence avec les vomissements incoercibles. On provoqua l'avortement. L'état subfébrile comme il était à prévoir, subsista.

L'autre concerne une femme qui atteinte de la même affection présenta une amélioration du fonds qui est généralement interprétée comme une indication à intervenir. On s'abstint. Or les vomissements ayant disparu, la grossesse continua, marquée par des troubles nerveux trahissant une imprégnation profonde. (exagération des réflexes - parésies - troubles mentaux). La malade accoucha à terme l'un enfant chétif. Les vomissements ne constituent donc qu'une forme de l'intoxication gravidique Le critérium de l'anélévation du fonds conserve toute sa valeur.

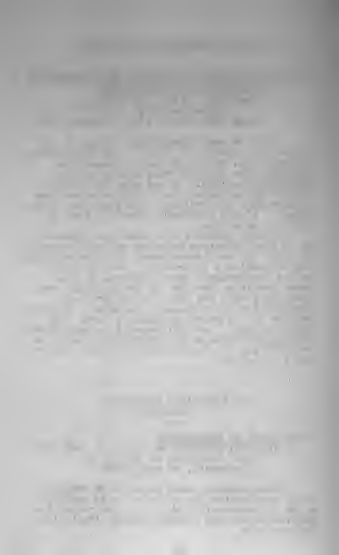
4° Affections Médicales & Gestation

---

a) SYPHILIS ET PARTURITION

in Revue Médicale de l'Est, 1e juin 1906
Revue Française de Méd. & de Chirurgie, 10 aout 1906.

Revue générale dans laquelle je reprends toute la question des rapports de la syphilis et de la Puerpéralité en mettant en relief les particularités qui doivent retenir l'attention du praticien.



b) TABES & PUERPERALITE

b) Observation de " SYPHILIS DE LA GROSSESSE TRAITEE PAR LE 606 " publiée dans la Rapport de SAUVAGE à la Soc. Obstét. de France - octobre 1912.

c) TABES & PUERPERALITE. ACCOUCHEMENT INDOLORE
(en collab. avec le Dr André REMY)
Annales de Gynécologie & d'Obstétrique mars 1912
Revue Médicale de l'Est - 1e avril 1912

Je pare d'une observation curieuse où l'association Tabès-Grossesse a réalisé un accouchement indolore pour reprendre dans son ensemble la question mal connue des rapports du Tabès avec la puerpéralité. J'insiste en particulier sur l'analogie que présentent certaines crises gastriques survenant chez les tabétiques enceintes avec les vomissements incoercibles de la gestation. Il est intéressant de constater au point de vue de la physiologie pathologique que la disparition de la sensibilité utéro/vaginale attribuable à la dégénérescence des racines postérieures, coïncide avec l'intégrité de l'innervation utérine motrice; ceci s'explique si on réfléchit que cette dernière parait bien être sous la dépendance de ganglions sympathiques paracervicaux.

d) DIABETE ET GESTATION.
Comm. Soc. Méd. Nancy - 14 mai 1913
Annales de Gynéc. & d'O bstétrique aout 1913
Revue Médicale de l'Est - 15 sept. 1913.

Les observations publiées de diabète coïncidant avec la gestation ne dépassert guère 80 J'en apporte 3 cas nouveaux, 2 où le diabète a été soit révélé, soit aggravé par la grossesse, 1 au contraire où celle-ci a eu une action inhibitrice sur le diabète.

J'insiste à ce propos sur la gravité du pronostic fœtal et j'établis un parallèle entre l'action du diabète et celle de la syphilis sur le produit de conception. Le diabète fait des " gros oeufs " et de " gros enfants fragiles "

plus ou moins " inaptes à la vie " au même titre que le font certaines syphilis vieillies Il est à remarquer toutefois que l'influence du traitement de la maladie causale, si efficace et si sûre lors qu'il s'agit de la syphilis est inopérante lorsqu'il s'agit du diabète.

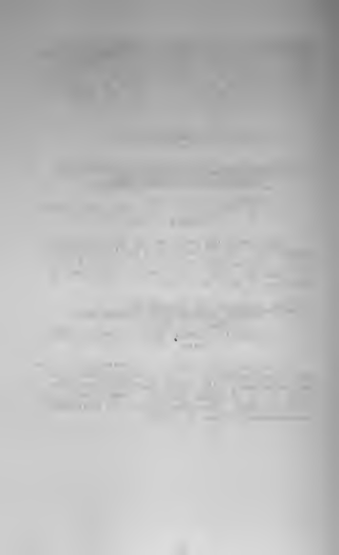
5° AFFECTIONS CHIRURGICALES & Gestation

a) HYSTERECTOMIE TOTALE POUR CANCER UTERIN COMPLIQUANT LA GESTATION
(en collab. avec le Dr SENCERT)
Observ. publiée par
M. le Pr HERGOTT (Soc. Obst. de France octobre 1908)

J'ai pratiqué dans ce cas une opération césarienne. Le Dr SENCERT a fait l'hystérectomie. Les suites immédiates ont été favorables pour la mère et l'enfant. Symptômes de récédive au bout de 9 mois.

b) KYSTE OVARIQUE ET GESTATION
Observ. personnelle publiée in:
VANVERTS & PULCH.
Rapport Congrès Obst. & Gynéc. Lille mars 1913.

J'ai posé l'indication opératoire dans un cas de grossesse au 5° mois compliquée, chez une primipare, d'un kyste dermoïde prae-via adhérent de l'ovaire gauche. Ovariotomie par le Pr VAUTRIN. Continuation de la gestation. Accouchement normal à terme.



C.- Pathologie du Travail

1°. Dystocies du travail proprement dit

2°. Dystocies d'origine maternelle
- Bassin
- Parties molles

3°. Dystocies d'origine ovulaire ou foetale

4°. Ruptures utérines.

1°. Dystocies du Travail proprement dit

--

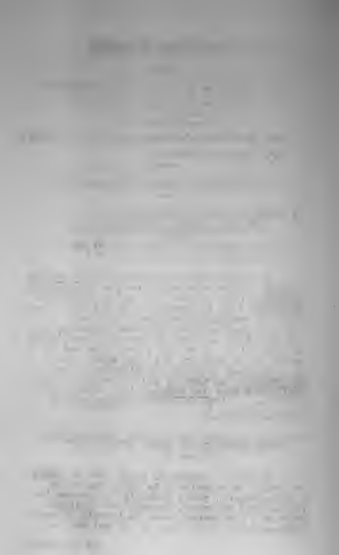
a) OEDEMES PASSIFS DU TRAVAIL - LEUR ROLE PENDANT L'ACCOUCHEMENT
(3 figures)
Revue pratique d'Obstétrique et de Pédiatrie (Sept.-Nov. 1907)

Je groupe dans cet article et les oedèmes foetaux (bosse séro-sanguine) et les oedèmes maternels (du périnée - du col et du segment inférieur) et je montre que ce qui fait l'unité de ce groupement original c'est que:
- tous ces oedèmes ont comme caractère commun de naître au cours du travail, par l'effet de celui-ci et de réagir à leur tour sur la marche de ce dernier: ils sont tous (aussi bien la bosse sanguine que l'oedème du col) les effets d'un travail déjà laborieux et ils deviennent tous des causes d'un travail plus laborieux. C'est la véritable "dystocie du cercle vicieux ".

b) PETITE DYSTOCIE DE LA BOSSE SERO SANGUINE
Revue Médicale de l'Est - Nov. 1907
1 figure).

Je montre comment la bosse séro-sanguine favorable en principe à la bonne marche de l'accouchement, peut, lorsqu'elle dépasse les proportions moyennes, devenir une véritable entrave à l'heureuse issue du travail (bosse séro-sanguine dystocique). Il est des cas

où la bosse.



où la bosse séro-sanguine agissant comme un véritable " *excentrique* " empêche littéralement la rotation interne et impose à la tête un dégagement par inclinaison latérale.

2° - Dystocies d'origine maternelle

---

a) Dystocies d'origine pelvienne

a') OPÉRATION DE PORRO CHEZ UNE FEMME " ACHONDROPLASIQUE " CÉSARIOTOMISÉE POUR la 4e FOIS
(avec le Dr G. MICHEL) (1 figure)

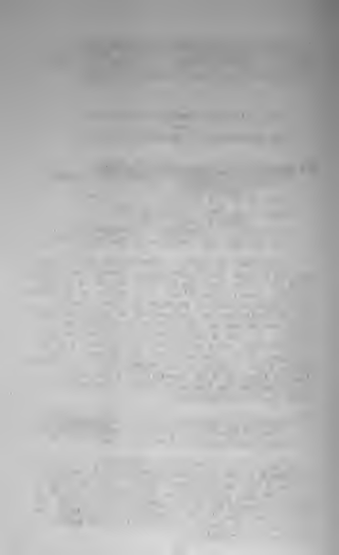
Comm. Soc. Obst. Gynéc. & Pédiatrie Paris 10 déc. 1906
Ann. Gynéc. & Obstétr. - janvier 1907
Soc. de Méd. de Nancy - 25 janvier 1907.

L'intérêt de cette observation gît moins dans la nature de l'obstacle (bassin achondroplasique) que dans la répétition de 4 opérations césariennes l'une à la suite de l'autre. Cet utérus incisé et recousu 4 fois, quoique plaqué d'adhérences nombreuses a toujours laissé la gestation se développer jusqu'au terme normal. Il est à remarquer que par suite de circonstances accidentelles imputables à l'insouciance de la parturiente cet utérus plusieurs fois balafré a été soumis par la contraction du travail à un " essai de résistance " de dix heures de temps et qu'il n'en est résulté aucun inconvénient.

b') OPÉRATION CÉSARIENNE CONSERVATRICE DANS UN CAS DE BASSIN ANNELÉ (rachitique)

Revue Médicale de l'Est - 15 octo. 1907

J'ai fait l'opération césarienne chez une primipare à bassin rachitique annelé, aplati de 8,2 à 8,5 de diamètre utile. Je discute à ce propos les indications respectives de la symphyséotomie et de la césarienne; tandis que les indications de la césarienne sont très larges, celles de la symphyséotomie sont essentiellement limitatives



c' - OPERATION CESARIENNE REPETEE POUR LA 3e FOIS CHEZ UNE ACHONDROPLASIQUE.
(en collab. avec le Dr. G. MICHEL.

Comm. Soc. Obstétr. & Gynéc. Paris.
12 juillet 1909.

Cette opération césarienne a permis de reconnaître l'existence de fortes adhérences utéro-pariétales qui par ailleurs n'ont eu aucun effet fâcheux ni sur l'évolution de la gestation, ni sur l'opération elle-même, ni sur ses suites.

d') OPERATION CESARIENNE SUIVIE D'HYSTERECTOMIE SUBTOTALE POUR UNE DYSTOCIE PELVIENNE AYANT DETERMINE DU SPHACELE DES TISSUS MATERNELS & FOETAUX - FISTULE VESICO-ABDOMINALE CONSECUTIVE. (en collab. avec G. MICHEL.

Comm. Soc. Obstr. Gynéc. & Péd. Paris
12 juillet 1909
Soc. Méd. Nancy - 21 juillet 1909
Annales de Gynécologie - Septembre 1909

J'insiste, à propos de cette observation, où un travail particulièrement long, avait déterminé des eschares homologues au niveau des tissus maternels et foetaux, sur la nécessité, lorsque de telles lésions sont soupçonnées, de choisir délibérément la voie haute et de renoncer aux extractions, même réductrices, par la voie basse. On dut recourir au cas particulier à une hystérectomie subtotale atypique en ce sens qu'elle fut totale en arrière en raison de l'étendue de l'eschare, subtotale en avant; l'eschare antérieure donna lieu secondairement à une fistule vésico-abdominale qui finit par guérir spontanément.

e') A PROPOS D'UNE CESARIENNE POUR BASSIN COXALGIQUE A TITRE EXCEPTIONNEL
(une radiographie)
Comm. Soc. Obstétr.& Gynéc. Nancy
15 janvier 1913

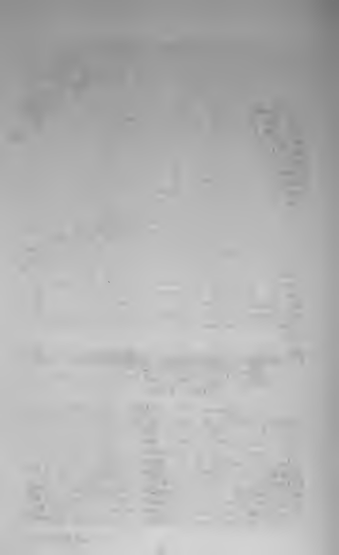
Alors que....

Alors que le bassin coxalgique ne donne généralement pas lieu à une dystocie très marquée, ici la déformation fut telle qu'elle imposa l'opération césarienne, dont les suites furent favorables pour la mère et l'enfant. Le bassin se caractérisait surtout, et en cela il ne faisait que se conformer au schéma habituel, par une atrophie du côté malade et un redressement de la ligne innominée du côté sain: mais ce qui en faisait l'originalité et affirmait surtout la rareté du type, c'est que la ceinture pelvienne avait subi au niveau de son arc antérieur une véritable dislocation autour de la symphise pubienne. En effet tandis que les branches ischio-pubiennes et pubiennes occupaient une situation normale, celles du côté gauche avaient éprouvé par rapport à celles-là une torsion de près de 90°: elles avaient basculé de telle façon que la branche horizontale du pubis se projetait en dehors tandis que la branche ischio-pubienne proprement dite se déjetait en dedans vers l'excavation; il en résultait que l'arc antérieur du bassin du côté correspondant formait un plan fortement incliné de haut en bas et de dehors en dedans constituant ainsi une réduction notable de l'aire pelvienne surtout accentuée au niveau du détroit moyen et du détroit inférieur dans leur moitié correspondante.

f') <u>HISTOIRE OBSTETRICALE D'UNE FEMME PORTEUSE de BASSIN NAEGELE</u> - (1 radio - 2 photos)
Soc. d'Obstétr. & de Gynéc. de Nancy.
17 nov. 1912.

Je rapporte l'histoire obstétricale du premier bassin de Naegele qui ait été diagnostiqué à la Clinique Obstétricale de Nancy. Cette histoire présente ceci de remarquable, c'est que le type du bassin ne fut identifié qu'à l'occasion du 3° accouchement, les deux précédents s'étant cependant déjà passés à la clinique; le diagnostic fut confirmé par la radiographie. La dystocie fut nettement progressive avec la répétition des gestations et le volume croissant des enfants. A trois reprises ceux-ci succombèrent du fait du travail.

Il est possible.



Il est possible qu'au cas particulier la lésion pelvienne ressortisse à une sacro-coxalgie méconnue et ayant évoluée sans signes extérieurs car la parturiente porte encore les traces d'une lésion du coude droit (tumeur blanche vraisemblablement), qui s'était développée dans le tout jeune âge. L'indication opératoire portée en prévision des accouchements à venir est celle d'une opération césarienne.

b) Dystocies d'origine maternelle imputables aux " Parties Molles "

---

a') DYSTOCIE PAR KYSTE DERMOIDE INTRA-PERITONEAL A LOCALISATION RARE

Revue Pratique d'Obstétr. & de Pédiatrie
juin 1911

C'est l'histoire d'un accouchement au cours duquel l'issue foetale fut contrariée par la présence d'un kyste dermoïde pelvien, inclus dans le ligament large et refoulé jusque dans la région correspondant au périnée postérieur par l'effet de la progression céphalique. L'extraction par le forceps ayant échoué et l'enfant ayant succombé, j'ai fait une extraction au cranioclaste.

Une intervention secondaire a débarrassé la malade de sa tumeur.

b') DYSTOCIE suite d'HYSTEROPEXIE - OPERATION CESARIENNE ET HYSTERECTOMIE (en collab. avec G. MICHEL)

Soc. d'Obstétr. & de Gynéc. de Nancy
17 avril 1912

J'ai du faire une opération césarienne chez une femme qui avait subi quelques années auparavant une hystéropexie abdominale par le procédé de Terrier. Celle-ci eut pour effet de fixer l'utérus en antéo-latéroversion gauche De ce fait l'accouchement spontané fut rendu impossible en raison de l'orientation anormale du grand axe utérin qui dirigeait la tête foetale

en plein vers la fosse illiaque droite, mais même une tentative de version fut absolument vaine par suite de l'o[illegible] dressé devant la main opérante par un [illegible] serrés contre l'angle de flexion latérale existant à la limite du corps utérin et du segment inférieur. La césarienne s'imposait bien que le foetus eût succombé. Elle dût être complétée par une hystérectomie subtotale en raison de l'impossibilité où on était de compter sur un drainage normal de la cavité utérine.

3° - Dystocies d'origine ovulaire ou foetale

---

a) UN CAS DE DYSTOCIE PAR [illegible] SACRO-COCCYGIENNE

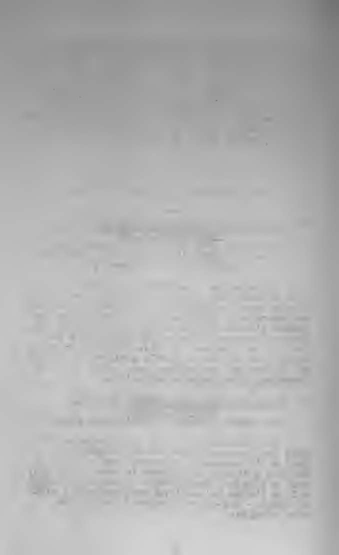
Comm. Soc. Méd. Nancy - 8 février 1905
Revue Pratique d'Obstétr. & de Pédiatrie avril 1905 (2 figures)

Relation de l'accouchement dystocique d'un foetus présentant une tumeur sacro-coccygienne aussi volumineuse que lui-même. Grossesse accompagnée d'hydramnios. Accouchement en sommet s'arrêtant dès le dégagement de la tête. Terminaison par abaissements successifs des bras et des jambes. De l'examen anatomo-pathologique de la tumeur paraît résulter son origine bigerminale en rapport sans doute avec une grossesse gémellaire univitelline.

b) DE LA DYSTOCIE DES EPAULES DANS LES BASSINS NORMAUX.

Rev. prat. Obstétr. & Pédiatrie. Fév. 1906

Je préconise dans cet article la supériorité des interventions manuelles simples tendant à l'abaissement successif des 2 bras par rapport à toutes les autres interventions qui, soit à l'aide d'instruments spéciaux (crochets) soit à l'aide de sections mutilatrices (cléidotomies - sus-acromiotomies) tendant au même résultat.



c) DE LA PRESENTATION DU FRONT (4 figures)

Revue Prat. d'Obstétr. & de Pédiatrie (juillet / aout 1906)

Je révise dans cet article le mécanisme de l'accouchement par le front tel qu'il est généralement décrit. Je démontre que la présentation du front est une présentation éminemment dystocique à mettre sur le même plan que la présentation de l'épaule. C'est une erreur de la considérer comme le font les classiques ainsi qu'une simple variante de la présentation de la face: les 2 présentations ne sont pas de même ordre; l'une est de l'ordre physiologique, l'autre de l'ordre pathologique En principe l'accouchement par le front est un accouchement " impossible " alors qu'en principe un accouchement par la face est toujours possible; l'accouchement par le front ne devient possible qu'à la condition que soient réalisées certaines circonstances favorables telles que une plasticité toute spéciale de la tête ou une spaciosité exceptionnelle de la filière pelvienne. Le mécanisme de l'accouchement en front n'est pas un mécanisme de précision comme lorsqu'il s'agit d'une présentation normale; c'est un mécanisme d'excrétion Je m'élève dans les cas où la tête foetale n'est pas"enclavée " contre toute tentative manuelle de réduction tendant à transformer une présentation du front définitivement constituée en une présentation du sommet ou de la face. Je conseille dans les cas d'enclavement la symphyséotomie qui ouvre directement l'étau dans lequel est prise la tête foetale.

d) DYSTOCIE MECANIQUE D'ORIGINE PLACENTAIRE LE " PLACENTA - OBSTACLE "

Revue Méd. de l'Est - 15 janvier 1909
Revue Prat. d'Obstétr. & de Pédiatr. janvier 1909.

Je propose la dénomination de " PLACENTA-OBSTACLE " pour les cas dans lesquels le placenta inséré sur le segment inférieur, sans se révéler par les signes considérés comme caractéristiques



de l'insertion vicieuse (Hémorragie - rupturee précoce et prématurée dee membranee - diseociation dee membranee ....) ne se trahit que par des conséquencee mécaniques directes. Dans cee eortes de cas le travail est eouvent long et pénible, tant parce que la contraction utérine est moins régulièrement sollicitée par suite de l'oblitération partielle du eegment inférieur, que parce que le placenta dresse véritablement un obstacle eur le trajet de la tête foetale. On eet parfoie amené à faire une application de forceps. Je rapporte 3 observations. Le pronoetic foetal eet habituellement sombre.

e) UN CAS DE DYSTOCIE PAR EXCES DE VOLUME DE L'ABDOMEN FOETAL
(Présentation de pièce)

Soc. de Méd. de Nancy. 25 janvier 1911.

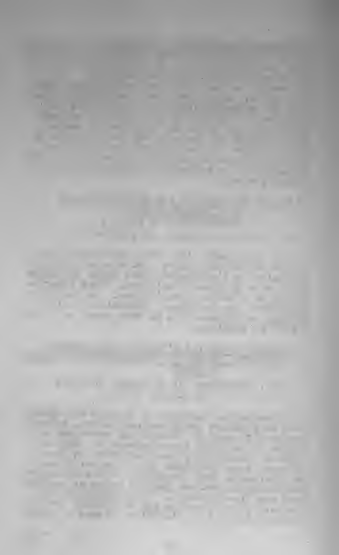
Il s'agissait d'un foetue présentant une aecite et une distension véeicale considérable par suite de l'existence d'une série de malformatione de l'appareil urinaire, d'une imperforation de l'urèthre entr'autree. Le foetue ee préeentait par le eiège. Extraction facile dèe que le diagnostic a pu être porté et qu'on a fait la ponction.

f) PLACENTA PRAE-VIA D'ALLURE CLINIQUEMENT INSOLITE, MIMANT LA GROSSESSE EXTRA UTERINE A TERME

Soc. d'Obetétr. et de Gynéc. de Nancy
16 juillet 1919

Obeervation curieuse où on voit une ineertion du placenta empiétant sur le col, coïncider avec la mort de l'oeuf, une rétention prolongée de celui/ci dans l'utérue au delà des limitee habituelles, dee phénomènee de faux travail, toue symptômee qui orientent d'abord le diagnoetic vers l'hypothèse d'une groseesee extra-utérine évoluée juequ'à terme et arrêtée dane eon développement. Cette hypothèee est d'autant plue plaueible que le toucher profond pratiqué au-delà de l'orifice interne ne donne

pas tout..



pas tout d'abord accès sur les membranes mais laisse l'impression qu'on est dans une cavité close de toutes parts. Un examen prolongé redresse l'erreur, provoque le travail qui donne enfin accès sur les membranes. Heureuse terminaison. L'intérêt de cette observation réside également dans le fait que la rétention prolongée de l'oeuf paraît avoir été due pour une part à ce que le segment inférieur, scellé par le placenta, n'a point fonctionné comme points de départ des réflexes qui paraissent intervenir dans le déterminisme du travail; par contre l'initation engendrée par le toucher profond pratiqué jusque dans le segment inférieur a suffi pour faire jouer le déclic de la contraction utérine.

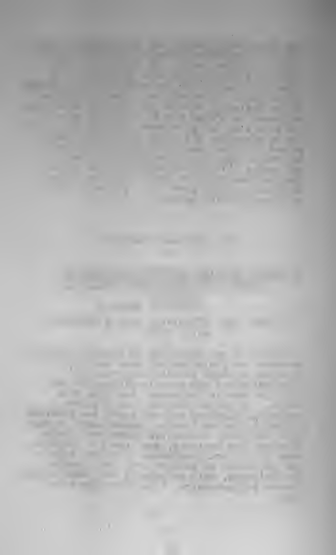
4°- Ruptures Utérines

---

a) RUPTURE UTERINE SPONTANEE AU COURS DU TRAVAIL - HYSTERECTOMIE SUBTOTALE - GUERISON
(avec G. GROSS)

Comm. Soc. d'Obstétr. Gyn. & Pédiatrie avril 1908

C'est le cas classique de rupture utérine survenant en plein travail chez une grande multipare a passé obstétrical incidenté. L'intérêttn'est pas dans le diagnostic non plus que dans le traitement institué avec succès. Il réside surtout dans l'examen anatomopathologique qui est parmi les premiers à établir que les lésions oedémateuses du segment inférieur, lesquelles favorisent singulièrement les ruptures, sont non pas toujours, comme on l'a cru longtemps, d'origine simplement mécanique en rapport avec des troubles circulatoires, mais en rapport avec des lésions d'ordre inflammatoire, infectieux par conséquent.



D.- Pathologie du Post-Partum

a) De QUELQUES RESTRICTIONS A LA THERAPEUTIQUE INTRA-UTÉRINE CHEZ LES NOUVELLES ACCOUCHEES

Rev. Prat. Obst. & Pid. - avril 1907
Rev. Méd. de l'Est - 15 juillet - 1° aout
Conf. au Syndicat des Médecins de M-&-M

Je réagis contre la tendance, qui était encore excessive à l'époque (1907), à abuser du traitement intra-utérin de l'infection puerpérale. On abusait des injections intra-utérines, on les continuait pendant des semaines parfois, on appliquait dans les cas rebelles un traitement progressif automatique (toucher intra-utérin - curage - écouvillonnage curettage -....) et on ne voyait pas toujours assez clairement que les aggravations que l'on cherchait à combattre par cette thérapeutique agressive étaient parfois la conséquence directe de celle-ci. Je m'efforce de préciser les indications de la thérapeutique intra-utérine qui n'a guère sa raison d'être que dans les cas où il y a stagnation intra-utérine des lochies et dans ceux où il y a des débris organiques à éliminer: cette thérapeutique agit en effet plutôt " mécaniquement " qu' " antiseptiquement ". Elle ne doit être progressive (curage - écouvillonnage - curettage) que dans les cas où existent des symptômes locaux nets - (utérus gros et sensible - lochies épaisses et fétides à l'émission cervicale - présence nette de débris organiques). Les limites chronologiques du traitement intra-utérin vont approximativement du 3° au 10° jour. Il ne faut pas perdre de vue que ce traitement local est d'autant plus efficace, lorsqu'il est vraiment justifié, qu'il est plus précoce, et qu'il est d'autant plus inoffensif s'il doit être inutile, qu'il aura été encore plus précoce.

b) OBSERVATION D'UN CAS D'INFECTION PUERPERALE

Observation d'u cas........



b) OBSERVATION d'UN CAS D'INFECTION PUERPERALE TRAITEE PAR INJECTION SOUS-CUTANEE DE TEREBENTHINE

(publiée in Thèse MARMOITON Nancy 1913)

c) COMMENTAIRE SUR UNE OBSERVATION des Drs THIRY et VERNIER CONCERNANT UN CAS D'INFECTION PUERPERALE A BACILLE SEPTIQUE

Soc. Obst. & Gynéc. Nancy. 18 mars 1914.



E- Gestation Ectopique

a) EXPULSION PAR LA VOIE RECTALE D'UN FOETUS ECTOPIN AU VOISINAGE DU TERME

(avec le Dr. EURY)

(Soc. d'Obst. & de Gynéc. Nancy 20 nov. 1912)

b) A PROPOS DE 2 CAS DE GROSSESSE EXTRA-UTERINE

(avec les D[rs] SENCERT & MATHIEU)

Soc. Obst. & Gyn. Nancy - 17 juin 1914

Cas d'une grossesse extra-utérine qui a évolué sans incident notable jusqu'au 6e mois Rupture. Guérison.

c) UN CAS DE RETENTION ABDOMINALE D'UN FOETUS ECTOPIN A TERME

(avec le Dr. G. MICHEL)

Soc. Obst. & Gyn. Nancy - 17 juin 1914.

Observation curieuse d'une grossesse ectopique qui se développe sans incident notable jusqu'à terme.- Faux travail - Mort du foetus - Méconnaissance du diagnostic qui fait que d'abord on introduit des ballons de Champetier dans l'utérus inhabité - Césarienne abdominale - Décortication des enveloppes du kyste foetal - Mort.

IV- THERAPEUTIQUE OBSTETRICALE

A- Médecine Opératoire Obstétricale

1°. LES INDICATIONS DE L'EMBRYOTOMIE RACHIDIENNE - VERSION IMPOSSIBLE ET VERSION CONTRE-INDIQUEE

Rev. Prat. Obst. & Péd. février 1910
(3 figures)
Rev. Médi. de l'Est. 1° mai 1910

Je trouve qu'on s'acharne trop souvent à faire des versions difficiles et qu'on ne se résoud pas assez vite à faire de l'embryotomie rachidienne infiniment moins dangereuse. Cela vient en grande partie de ce qu'on ne reconnait généralement la difficulté de la version à l'essai qu'on en tente et de ce qu'on ne sait pas assez préjuger cette difficulté. Savoir préjuger cette difficulté c'est savoir porter au moment opportun le diagnostic de contre-indication de la version et par suite de l'indication de l'embryotomie. Je critique le développement exagéré donné par les ouvrages classiques aux difficultés de la version: à mon sens la version doit être une opération rapide et brillante ou ne pas être. S'acharner à vouloir faire une version difficile est un non-sens car dans tous ces cas le foetus succombe nécessairement.

B- Chirurgie Obstétricale

1°- DE L'OPERATION CESARIENNE REPETEE CHEZ LA MEME FEMME - ADHERENCES UTERO-PARIETALES ET PRONOSTIC FOETAL

Comm. Soc. Obst. & Gyn. Paris - mars 1903
Ann. de Gyn. & Obst. mars 1903.

Je pars............



Je pars de l'observation d'une femme chez laquelle j'ai pratiqué l'opération césarienne pour la quatrième fois et je recherche l'influence qu'ont pu avoir d'une façon générale dans ces cas de césarienne itératives les adhérences utéro/pariétales qu'on rencontre si souvent au cours de l'intervention. J'en arrive à la conclusion que l'opération césarienne peut être répétée 3 & 4 fois, que des adhérences utéro-pariétales peuvent s'établir sans qu'il en résulte des inconvénients graves ni pour la mère ni pour l'enfant. J'envisage surtout le pronostic foetal dans ces cas d'adhérences utéro-pariétales et je constate que ces adhérences n'entravent en rien l'évolution de la gestation et ne diminuent en rien la qualité des enfants à naître.

V- FOETUS * NOUVEAU-NE * PUERICULTURE

1°) UN CAS DE FRACTURE DE L'OCCIPITAL CHEZ LE FOETUS, SURVENU PENDANT L'ACCOUCHEMENT

Comm. Soc. de Méd. Nancy - 8 février 1905

Il s'agit d'une fracture linéaire survenue chez le foetus au cours de l'extraction de la tête dernière à travers un bassin rétréci. Cette fracture parait imputable à une soudure anormale occipito-pariétale s'opposant au jeu normal du chevauchement et ayant eu pour conséquence un redressement direct de la convexité de l'occipital.

2°) UN CAS DE MALFORMATION CUTANEE A TYPE CICATRICIEL HEREDITAIRE & CONGENITALE (2 figures)

Comm. Soc. Franç. de Dermatologie et Syphiligraphie, 7 février 1907
Annales de Dermatologie - 15 mars 1907
Comm. Soc. Méd. Nancy - 27 mars 1907

C'est le cas d'une femme qui présentait avec des zônes d'alopécie congénitale de larges placards cicatriciels, plus ou moins gaufrés, rappelant les traces que laissent des brulûres profondes, à la partie antérieure des deux cuisses et dont l'enfant offrait à la naissance, au niveau du dos, une large zône de tissu cicatriciel analogue, récemment épidermisé et de nature et d'aspect identiques aux lésions maternelles. La syphilis parait exclue.
L'hypothèse de brides amniotiques peut être envisagée.

3°) CONSEILS A LA JEUNE MERE

Edité par l'Oeuvre de la Mère et de l'Enfant. Nancy.
Berger Levrault. 1911.

Rédaction de ce qui a trait à la grossesse et à l'accouchement.

4°. L'Enseignement.........



4°) L'ENSEIGNEMENT DE LA PUERICULTURE AUX MAITRESSES ET AUX ELEVES.

Rapport présenté au III° Congrès International d'Hygiène Scolaire. Paris 2 / 7 août 1910 (Maloine Edit.)
Revue Prat. d'Obstétr. & de Pédiét. aout/septembre 1910

J'en arrive aux conclusions suivantes

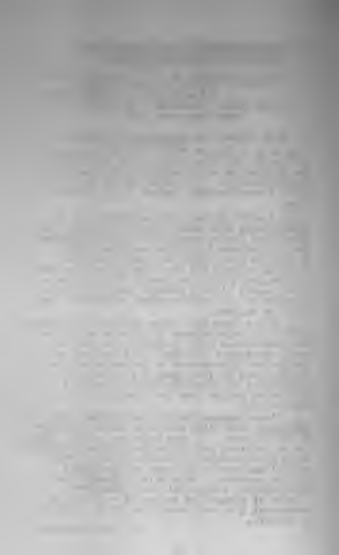
a- Il y a lieu en France aujourd'hui plus que jamais de faire naitre dans les conditions les meilleures et de conserver le plus d'enfants possible. A ce titre il est urgent de créer l'enseignement général de la Puériculture.

b- Jusqu'à présent l'enseignement de la Puériculture aux jeunes filles est resté pour ainsi dire lettre morte; il est trop dépendant des initiations individuelles d'une part, et d'autre part manque de toute sanction . Il est á désirer que cet enseignement devienne obligatoire à tous les degrés de la vie scolaire depuis l'Ecole Normale jusqu'à l'Ecole Primaire et soit efficacement sanctionné dans tous les examens.

c- Il y a lieu pour faire accepter l'enseignement de la puériculture qui risque de trouver des résistances dans la famille et dans le corps enseignant lui-même, de faire par des conférences appropriées de la propagande pour l'idée, tout en démontrant " par le fait " la possibilité et l'intérêt qu'il y aurait à traiter en public tous les chapitres de la puériculture.

d- L'enseignement de la puériculture aux maîtresses doit être tel qu'il fasse de celles ci des adeptes. Il aura pour but en même temps que de préciser pour elles les règles pratiques de la puériculture, d'étudier celle-ci avec toute l'ampleur et la haute portée morale qu'elle comporte. Pour cela l'enseignement sera intégral comportant les 3 chapitres (avant et pendant la grossesse - après l'accouchement) et sera avantageusement donné par un médecin.

e) L'enseignement.



e- L'enseignement de la puériculture aux élèves doit se limiter à l'enseignement de la puériculture du premier âge. Dans l'état actuel des choses, il importe, si on veut la fin c'est à dire une modification dans les habitudes d'élevage des tout jeunes enfants, d'adopter le moyen, c'est à dire l'extension de l'enseignement de la puériculture jusqu'à l'école primaire. Il est prouvé que cet enseignement est possible. Il est permis d'espérer qu'il serait rapidement fructueux.

5°- UN CAS DE TACHE BLEUE MONGOLIQUE

Comm. Soc. Méd. des Hôpitaux de Paris (Paris-Masson) 9 Déc. 1910.

Je rapporte un des premiers cas (le 7e) de tache mongolique qui ait été observé en France. Elle est survenue chez une enfant issue de parents français mais dont le père était d'un type méridional très accentué.

6°- SUR L'AVENIR ELOIGNE DES PREMATURES

Rapport à la Société Obstétricale de France (en collab. avec WALLICH) 14e Session 1911
63 pages - Paris - Doin. Edit.

J'ai fait et rédigé seul les 2 premières parties du rapport (pages 1 à 50). Après avoir fait un historique de la question, rassemblé des documents dont la collation était particulièrement difficile, étant donné qu'ils devaient être pour la plupart tirés de la pratique privée, nous en arrivons aux résultats suivants:

En résumé, nous sommes en mesure de renseigner sur l'avenir du prématuré, d'une façon un peu plus précise qu'on ne l'a fait jusqu'ici, en nous appuyant sur les faits publiés et sur une enquête personnelle.

I.. L'enquête historique, nous a montré que les plus nombreux travaux sur ce sujet ont surtout eu pour but d'établir l'innocuité de la naissance prématurée, de justifier l'accouchement prématuré, employé uniquement autrefois dans la thérapeutique des viciations pelviennes

Les adversaires de cette manière de voir s'appuient pour démontrer la déchéance des prématurés devenus adultes, sur des faits un peu disséminés et sur des documents anatomiques très démonstratifs, mais, en somme, peu nombreux.

Ni les défenseurs, ni les adversaires de la prématuration n'avaient réussi à établir d'une façon péremptoire leur opinion.

II.- Notre enquête personnelle nous a permis de préciser quelques réalités en ce qui concerne l'avenir du prématuré. Elle a été dirigée parmi les faits de la pratique, et dans les milieux hospitaliers.

a) L'enquête en ville, poursuivie, de la naissance à l'état adulte, chez les prématurés purs (libérés de toute tare), nous a permis de constater:

1°. Qu'il est incontestablement des prématurés qui, devenus adultes, donnent toute satisfaction au point de vue de leur développement physique et intellectuel.

2°. Qu'il en est d'autres, atteints de dégénérescences diverses, (hernies, pieds bots, incontinence d'urine, troubles nerveux).

3°. Que ces dégénérescences paraissent surtout en rapport avec le degré de la prématuration, et la violence du traumatisme obstétrical subi à la naissance.

b) L'enquête hospitalière, partie de l'adulte anormal pour remonter aux circonstances de la naissance nous a appris:

1°. Qu'il est une proportion importante de prématurés, parmi les dégénérés;

2°. Que leurs dégénérescences sont en rapport:
- avec les tares des parents (syphilis, alcool)
- avec le degré de prématuration et l'état de primogéniture du prématuré.

CONCLUSIONS

Il nous a été donné d'établir par un certain nombre de faits que l'avenir éloigné du prématuré n'est pas fatalement compromis dans tous les cas, surtout si la prématuration est peu accentuée et pure de toute tare (hérédité



trautamiste obstétrical). Il est d'autres cas, au contraire, où cet avenir se trouve très menacé, et cela d'autant plus que l'enfant est né plus prématurément et plus difficilement, qu'il est premier né, et qu'enfin il est issu de parents tarés d'une façon soit chronique, soit accidentelle.

L'heure est passée de mettre en balance ces dangers uniquement dans le but de choisir une thérapeutique des viciations pelviennes, mais il convient de connaître et de préciser les inconvénients de la naissance prématurée pour mettre en oeuvre la prophylaxie de l'interruption accidentelle de la grossesse, en luttant contre ses causes habituelles, dénoncées par PINARD, le surmenage de la mère et le traumatisme des rapports sexuels.

Ces notions doivent former la base de la puériculture intra-utérine.

7°. PRESENTATION D'UN NOUVEAU TIRE-LAIT BIBERON

(au nom du Docteur Robert ANDRE)

Soc. Obst. & Gynéc. Nancy - 14 mars 1913

*

TRAVAUX INSPIRES

GROSJEAN A. Considérations sur l'accouchement chez les femmes rachitiques. Thèse Nancy 1903

SIMONIN. De la putréfaction foetale. Thèse Nancy 1906

FRANCK. Des hémorragies rétroplacentaires. Thèse Nancy

VAUTHRIN. Contribution à l'Etude des accouchements rapides. Thèse Nancy 1907

JACOPIN. Grossesse gémellaire. Thèse Nancy 1907

OSTER. Contribution à l'étude de la Présentation du Front. Thèse Nancy 1907

CLEISEZ. Fibrome et Grossesse. Thèse Nancy 1908

SAUSSURE. Vomissements incoercibles de la Grossesse. Thèse Nancy 1909

FUNCK. Le Placenta marginé. Thèse Nancy 1910.

Melle POPADITCH. De la paroi abdominale au cours de la puerpéralité Thèse Nancy 1911

Me BARTOCH. Dystocie par malformation foetale Thèse Nancy 1911

ALSCHITZ. Contribution à l'étude de la Rétroversion de l'utérus gravide. Thèse Nancy 1911.

PIERRE. De la rupture intempestive des membranes. Thèse Nancy 1912.

STRACK. Tabès et Puerpéralité. Thèse Nancy 1912

PETROVITCH. De l'Insertion vicieuse du cordon. Thèse Nancy 1912.

Me KOTLER. De l'élimination spontanée des grossesses extra-utérines. 1913

Melle SCHEVELER. Contribution à l'étude de l'anémie pernicieuse chez la femme enceinte. Thèse Nancy 1913

ADAM. De l'Hèmatône-môle. Thèse Nancy 1913

RODRIGUE. La mère et l'enfant à Nancy durant la Guerre. Thèse Nancy 1919.

COLLON. Dystocie vaginale par malformation. Thèse Nancy [illegible].

*

TABLE

*